

## وظائف کیلئے درخواست (Application for Benefits)

اگر آپ کو یہ فارم بڑھانے یا مکمل کرنے میں مدد درکار ہے تو، براہ کرم ہم سے مدد طلب کریں۔  
یہ صفحہ اپنے ریکارڈ کے لئے سنبھال کر رکھیں۔

### میں وظائف کے لئے کیسے درخواست دوں؟

- اپنی درخواست مکمل کرنے کے لئے صفحات 3 تا 6 پُر کریں۔ آپ صفحہ 3 پر ریشپنسٹ کو اپنا نام، پتہ، اور دستخط یا اپنے مجاز نمائندے کے دستخط فراہم کر کے آج ہی اپنی درخواست کی شروعات کر سکتے ہیں۔ اگر آپ کا کوئی پتہ نہیں ہے تو ریشپنسٹ کو بتادیں یا اپنے مقامی دفتر کو کال کریں۔
- اگر آپ کو مزید جگہ درکار ہے تو مزید اوراق منسلک کریں۔
- صفحات 3 تا 6 اپنے مقامی دفتر کو ڈاک سے ارسال کریں یا لے کر جائیں۔ صفحات 1 اور 2 اپنے ریکارڈوں کے لئے سنبھال کر رکھیں۔
- اگر آپ اپنی درخواست کی کارروائی حتی الامکان جلد سے جلد شروع کرتے، مکمل کرتے، اور ہم آپ سے جو دیگر اطلاعات طلب کرتے ہیں وہ دستیاب کر دیتے ہیں تو، آپ کو زیادہ وظائف مل سکتے ہیں یا یہ وظائف اور بھی جلدی سے آپ کو موصول ہو سکتے ہیں۔ ہم وفاقی اور ریاستی اہلکاروں کے ساتھ ان معلومات کا اشتراک بھی کر سکتے ہیں۔

### مجھے غذا یا نقدی کے معاملے میں کتنی جلدی مدد مل سکتی ہے؟

- اگر آپ کو فوری طور پر غذائی وظائف درکار ہیں تو، صفحہ 3 پر 1 سے لے کر 14 تک سوالات بھریں اور یہ فارم لے کر ریشپنسٹ کے پاس جائیں۔
- اگر آپ اپنی شناخت کا ثبوت دکھا دیتے ہیں اور درج ذیل میں سے کسی ایک کی تکمیل کر دیتے ہیں تو، ہم 7 دنوں کے اندر یہ فیصلہ کرتے ہیں کہ آیا آپ غذائی تعاون کے اہل ہیں:
- اس ماہ آپ کے گھرانے کو کل آمدنی \$150 سے کم اور نقدی وسائل \$100 سے کم دستیاب ہوں گے۔
- آپ کے گھرانے کی آمدنی اور وسائل آپ کے ماہانہ کرایہ اور اشیاء ضروریہ سے کم ہیں۔
- آپ کے گھرانے میں ایک مفلس تارک وطن یا فارم میں کام کرنے والا موسمی کارکن شامل ہے۔
- جس دن ہم آپ کی اہلیت کا فیصلہ کرتے ہیں اس کے بعد والے دن سے وظائف جاری ہوتے ہیں۔ غذائی وظائف عام طور پر ہمیں آپ کی درخواست موصول ہونے کے دن سے ہی شروع ہوتے ہیں۔ نقد وظائف عام طور پر آپ کی اہلیت کا فیصلہ کرنے کے لئے تمام معلومات ہمیں دستیاب ہوجانے کے دن سے شروع ہوتے ہیں۔

### شہری حقوق

وفاقی قانون اور امریکی محکمہ زراعت [یو ایس ڈپارٹمنٹ آف ایگریکلچر (USDA)] اور امریکی محکمہ صحت و انسانی خدمات [ہیلتھ اینڈ ہیومن سروسز (HHS)] کی پالیسی کے مطابق، اس ادارہ کو نسل، رنگ، قومی نژاد، جنس، عمر، یا معذوری کی بناء پر امتیازی سلوک برتنے سے ممنوع قرار دیا گیا ہے۔ فوڈ اسٹامپ ایکٹ اور USDA پالیسی کے تحت، مذہب یا سیاسی وابستگیوں کی بناء پر بھی امتیازی سلوک ممنوع ہے۔ امتیازی سلوک کی شکایت درج کروانے کے لئے، USDA یا HHS سے رابطہ کریں۔  
USDA or HHS. Write USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410  
HHS, Director, Office for Civil Rights (صوتی اور TTD) کو کال کریں یا (202) 720-5964 (صوتی اور TTD) کو خط لکھیں یا (202) 619-0403 (صوتی) یا (202) 619-3257 (TTY) کو کال کریں۔  
USDA اور HHS مساوی موقع فراہم کنندگان اور آجریں ہیں۔

### ترک وطنی کی حیثیت اور سوشل سیکیورٹی نمبرز

آپ کچھ ایسے افراد کے لئے تعاون حاصل کرنے کے اہل ہو سکتے ہیں جن کے ساتھ آپ رہتے ہیں خواہ جن دیگر افراد کے ساتھ رہتے ہیں وہ ترک وطنی کی حیثیت کی وجہ سے امداد نہیں پاسکتے ہیں۔ آپ کو درخواست دینے والے کسی بھی شخص کی حیثیت سے ہمیں ضرور آگاہ کر دینا چاہئے۔ ہمارے پاس ایسے طبی پروگرامز موجود ہیں جن کے دائرے میں کچھ ایسے بھی افراد آتے ہیں جو یہ ثابت نہیں کر سکتے ہیں کہ وہ قانونی طور پر اس ملک میں موجود ہیں۔

وفاقی قانون (42 CFR § 435.910, 45 CFR § 205.52, 7 CFR § 273.6) کے تحت، آپ کو ہمیں میڈیکڈ، TANF، یا غذائی تعاون کے لئے درخواست دینے والے کسی بھی ایسے شخص کا سوشل سیکیورٹی نمبر فراہم کرنا چاہئے جس کے ساتھ آپ رہتے ہیں۔ ہمیں ایسے والدین اور شریک حیات کے بھی SSNs درکار ہوتے ہیں جو آپ کے ساتھ رہتے تو ہیں لیکن درخواست نہیں دیتے ہیں۔ ہمارے پاس کچھ ایسے افراد کے لئے بھی طبی پروگرامز ہیں جن کے پاس SSNs نہیں ہیں۔

ہم شناخت کی جانچ کرنے، اہلیت کی توثیق کرنے، دھوکہ دہی کو روکنے، اور دعوے اکٹھے کرنے کے لئے SSNs کا استعمال کرتے ہیں۔ ہم اپنے پروگراموں کا نظم و نسق کرنے کے لئے دیگر ایجنسیوں کے ساتھ معلومات کا اشتراک کرتے ہیں اور قانون پر عمل کرتے ہیں۔ ہم روپوشی اختیار کرنے والے مجرموں کو پکڑنے کی کوشش کرنے والی نفاذ قانون سے متعلق ایجنسیوں کو بھی یہ معلومات دے سکتے ہیں۔

## میڈیکل کے لئے شہریت اور شناخت

امریکی شہریوں کو میڈیکل کے حصول کے لئے شہریت اور شناخت لازماً ثابت کرنی چاہئے۔ ثبوت حاصل کرنے میں ہم آپ کے ساتھ مل کر کام کریں گے۔ اگر ہمیں ایسی دستاویز درکار ہوتی ہے جس کے لئے آپ پر مالی لاگت آنے لگی تو، ہم اس کے لئے رقم بھیجیں گے اور اس کی لاگت ادا کریں گے۔ ہمیں آپ کے گھرانے میں موجود کسی شخص کی معذوری یا سلیمینٹری سیکورٹی انکم (SSI) کی بنیاد پر میڈی کیئر، سوشل سیکورٹی ڈس ایبلٹی انشورنس (SSDI) حاصل کرنے والے فرد کے ثبوت کی ضرورت نہیں ہے۔

## پریمیم پیمٹ پروگرام

اگر آپ یا آپ کا بچہ میڈیکل کا اہل ہے تو، آپ اپنے نگہداشت صحت کے پریمیم کی واپسی ادائیگی کے اہل ہوسکتے ہیں۔ اس کیلئے درخواست دینے کے واسطے ملاحظہ کریں <http://hrsa.dshs.wa.gov/PremiumPymt/>، یا ہمیں 1-877-562-3022 ایکسٹنشن 15473 پر فون کریں۔

## رازداری اور غذائی تعاون

فوڈ اور غذائیت ایکٹ، ترمیم شدہ، محکمہ کو وہ معلومات اکٹھا کرنے کی اجازت دیتا ہے جو ہمیں درخواست کے سلسلے میں مطلوب ہوتی ہیں۔ درخواست شدہ معلومات رضاکارانہ ہوتی ہیں۔ تاہم، کسی معقول وجہ کے بغیر ایک SSN یا ایک SSN کی درخواست دینے کا ثبوت فراہم کرنے میں ناکامی کا نتیجہ ایک SSN فراہم کرنے میں ناکام رہنے والے ہر فرد کو بنیادی خوراک کے فوائد سے انکار کی صورت میں ہوگا۔ ہم اس میں سے کچھ معلومات کی توثیق ممانعت کرنے والے کمپیوٹر پروگراموں بشمول وفاقی توثیقی پروگرام برائے آمدنی و اہلیت (IEVS) کی مدد سے کرتے ہیں۔

ہم معلومات استعمال کرتے ہیں:	ہم درج ذیل کو یہ معلومات دے سکتے ہیں:
<ul style="list-style-type: none"> <li>فیصلہ کرنے کے لئے کہ ہمارے پروگراموں کا اہل کون ہے۔</li> <li>غذائی تعاون کی اضافی ادائیگیاں وصول کرنے کے لئے۔</li> <li>اپنے پروگراموں کا انتظام کرنے کے لئے۔</li> <li>قانون پر اپنی عمل درآمد کو یقینی بنانے کے لئے۔</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>باضابطہ استعمال کے لئے وفاقی اور ریاستی ایجنسیاں۔</li> <li>قانون سے درگزر کرنے کے لئے روپوشی اختیار کرنے والے افراد کے سلسلے میں نفاذ قانون کی ایجنسیاں۔</li> <li>غذائی تعاون کی اضافی ادائیگیاں وصول کرنے کے لئے جمع آوری سے متعلق نجی ایجنسیاں۔</li> </ul>

## غذائی تعاون کے جرمائے کا انتباہ

ہم غذائی تعاون کے لئے درخواست دینے والے افراد کے بارے میں معلومات اس معلومات کی درستگی کی جانچ کرنے کے لئے دیگر وفاقی ایجنسیوں کو بھیج سکتے ہیں۔ اگر کوئی بھی اطلاع غلط ہے تو، درخواست دینے والے افراد کو غذائی تعاون نہیں مل سکتا ہے۔ اگر کوئی شخص ایسی معلومات فراہم کرتا ہے جس کے غلط ہونے کا انہیں علم ہے تو، ان کے خلاف تعزیری کارروائی ہوسکتی ہے۔ غذائی تعاون کے اصولوں کی دانستہ خلاف ورزی کرنے پر عائد ہونے والے جرمائے پروگرام کے لئے عدم اہلیت سے مختلف، برجانے، یا ممکنہ سزائے قید تک ہوسکتے ہیں۔

## طبی یا طویل مدتی نگہداشت کے لئے ریاست کو باز ادائیگی کرنا

- قانونی طور پر، اگر آپ کی عمر 55 یا اس سے زیادہ ہے اور آپ کو میڈیکل یا طویل مدتی نگہداشت کی خدمات موصول ہوتی ہیں تو، طبی تعاون، طبی خدمات، اور طویل مدتی نگہداشت کے اخراجات کے لئے DSHS کو باز ادائیگی کرنے کے لئے DSHS آپ کی املاک (آپ کی وفات کے وقت آپ کی زیر ملکیت اثاثے) سے اس کی بازیابی کرسکتا ہے۔ DSHS صرف ریاستی مالی اعانت یافتہ طویل مدتی نگہداشت کی خدمات کے اخراجات کسی بھی عمر میں باز یافت کرسکتا ہے۔ اس کو املاک سے باز یابی کہا جاتا ہے۔ قبائلی اراضی بازیابی سے مستثنی ہوسکتی ہے۔
- طویل مدتی نگہداشت کی خدمات میں شامل ہیں COPEs، میڈیکل کی ذاتی نگہداشت، نرسنگ ہوم کی خدمات، بالغان کی یومیہ صحت، نجی ڈیوٹی نرسنگ، چار DDD HCBS کی مراعات: بیسک، بیسک پلس، کور، اور کمیونٹی پروٹیکشن، اور ہوم اینڈ کمیونٹی سروسز اور ڈویژن آف ڈیولپمنٹل ڈس ایبلٹی کے ذریعہ فراہم کردہ دیگر خدمات۔
- املاک سے باز یابی کا کام آپ کی وفات تک اور آپ کے پسماندہ شریک حیات، اگر کوئی ہو تو، کی وفات کے وقت تک نہیں ہوتا ہے۔ اگر آپ کے زیر کفالت وارثین ہیں تو، املاک سے باز یابی کا کام مالی تنگی کی کچھ وجوہات کے سبب مؤخر کیا جاسکتا ہے۔
- اگر آپ مستقل طور پر کسی نرسنگ ہوم یا دیگر طبی ادارے میں رہ رہے ہیں تو، DSHS آپ کو موصول ہونے والے طبی تعاون، طبی خدمات، اور طویل مدتی نگہداشت کے اخراجات کی باز ادائیگی کے لئے آپ کی جائیداد کے عوض استحقاق کا دعویٰ دائر کرسکتا ہے۔ DSHS آپ کے گھر کے عوض استحقاق کا دعویٰ دائر نہیں کرسکتا ہے اگر:
  - ♦ وہاں پر آپ کے شریک حیات کا قیام ہے۔
  - ♦ وہاں آپ کا بچہ رہتا ہے جو نابینا، معذور، یا 21 سال سے کم عمر کا ہے۔
  - ♦ آپ کا کوئی سگا بھائی بہن جس کا اس گھر میں برابر کا حصہ ہے وہاں رہتا ہے اور آپ کو اس ادارے میں داخل ہونے سے عین قبل کم از کم ایک سال تک وہاں رہا ہے۔

## وظائف کیلئے درخواست (Application for Benefits)

□ اگر آپ کو یہ فارم بھرنے میں مدد درکار ہے تو، براہ کرم اس باکس پر نشان لگائیں۔

1. پہلا نام درمیانی نام آخری نام	درخواست گزار یا مجاز نمائندے کے دستخط (لازمی)	2. مؤکل کا ID نمبر (اگر معلوم ہو)
3. اسٹریٹ کا پتہ جہاں آپ رہتے ہیں	شہر ریاست زپ کوڈ	4. گھر کا / ترجیحی فون نمبر
5. ڈاک کا پتہ (اگر الگ ہو)	شہر ریاست زپ کوڈ	6. دیگر فون نمبر (نمبرات)

8. میں درخواست دے رہا ہوں برائے (جس کا بھی اطلاق ہو اس پر نشان لگائیں):

□ غذا	□ نقد
□ منشیات یا الکحل کا معالجہ	□ طبی
□ نرسنگ ہوم	□ طبی بلوں میں مدد (گزشتہ تین مہینے سے)
□ میڈیکینز سیونگ پروگرام	□ اعانت یافتہ رہائش / بالغان کا کنبہ جاتی گھر
□ شفا خانہ	□ سائیکیاٹرک انڈیجٹ ان پیشنٹ (PII)
□ درون خانہ طویل مدتی نگہداشت کی خدمات	□ نگہداشت صحت/ معذوری والے کارکنان (HWD)
	□ دیگر (براہ کرم درج کریں): _____

9. میں یا میرے گھرانے کا کوئی فرد (ان سبھی پر نشان لگائیں جن کا اطلاق ہوتا ہو): □ خانگی تشدد کی صورتحال میں ہے

□ صحت کے مسئلے کے سبب کام نہیں کر سکتا □ کسی قسم کی معذوری ہے □ حاملہ ہیں؛ پیدائش کی تاریخ: \_\_\_\_\_

10. آپ کو اس ماہ اپنے گھرانے کے لئے کتنی رقم ملنے کی توقع ہے؟

\$ \_\_\_\_\_

11. آپ کے گھرانے کے پاس نقد اور بینک اکاؤنٹوں میں کتنی رقم ہے؟

\$ \_\_\_\_\_

12. آپ کا گھرانہ کرایے یا رہنے کے لئے کتنی رقم ادا کرتا ہے؟

\$ \_\_\_\_\_

13. آپ کا گھرانہ کن اشیاء ضروریہ کے لئے ادائیگی کرتا ہے؟ □ حرارت / ٹھنڈک □ ٹیلیفون □ دیگر: \_\_\_\_\_

14. کیا آپ کے گھرانے میں کوئی فارم میں کام کرنے والا موسمی یا تارک وطن کارکن ہے؟ □ ہاں □ نہیں

15. اگر غذائی تعاون کے لئے درخواست دے رہے ہیں تو، آپ اپنے گھرانے میں کتنے لوگوں کے لئے کھانا خریدتے یا بناتے ہیں؟ \_\_\_\_\_

FOR OFFICE USE ONLY – Household eligible for expedited service: □ Yes □ No Screener's Initials: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

16. مجھے فون انٹرویو درکار ہے۔ براہ کرم مجھے کال کریں بوقت: \_\_\_\_\_

17. □ مجھے ترجمان درکار ہے۔ میں بولتا ہوں: \_\_\_\_\_ یا □ دستخط کریں؛ میرے خطوط ترجمہ کریں بزبان: \_\_\_\_\_

18. اپنے گھرانے کے ہر فرد کی فہرست دیں خواہ آپ ان کے لئے درخواست نہیں دے رہے ہیں (اضافی اوراق منسلک کریں، اگر ضرورت ہو)۔

اختیاری برائے درخواست نادہندگان				اگر آپ کو اس شخص کے لئے وظائف چاہئے تو نشان لگائیں	تاریخ پیدائش	اس شخص کا آپ سے کس طرح کا تعلق ہے؟	جنس مرد یا عورت	نام (پہلا، درمیانی، آخری)
قبیلے کا نام (برائے امریکن انڈین، الاسکانی باشندے)	نسل (ذیل میں نمونے دیکھیں)	اگر امریکی شہری ہیں تو نشان لگائیں	سوشل سیکیورٹی نمبر	□		بذات خود		
		□		□				
		□		□				
		□		□				
		□		□				
		□		□				
		□		□				

19. میرا نسلی پس منظر ہسپانوی یا لاطینیو ہے: □ ہاں □ نہیں

نسل یا قومیت کے پس منظر سے متعلق معلومات رضاکارانہ ہے۔ غذائی تعاون کیلئے اگر کوئی معلومات فراہم نہیں کی جاتی ہے تو USDA ہم سے جواب طلب کر سکتا ہے۔ نسل کی مثالیں: سفید فام، سیاہ فام یا افریقی امریکی، ایشیائی، ہوائی باشندہ، جزائر بحر الکاہل کا باشندہ، امریکی انڈین، الاسکا کا باشندہ، یا کوئی مخلوط نسل۔



### ا. عمومی معلومات

1. گزشتہ 30 دنوں میں، مجھے دیگر ریاست، قبیلہ، یا دیگر ذرائع سے نقد، غذائی، یا طبی اعانت حاصل ہونی ہے۔  ہاں  نہیں
2. میں جس شخص کے لئے درخواست دے رہا ہوں وہ ریاست واشنگٹن سے باہر رہتا ہے:  ہاں  نہیں کون: \_\_\_\_\_
3. میں یا میرے گھرانے میں کوئی شخص زیر کفالت پر دیسی ہے:  ہاں  نہیں کون: \_\_\_\_\_
4. میں یا میرے گھرانے کا کوئی شخص اسکول میں ہے:  ہاں  نہیں کون: \_\_\_\_\_
5. کوئی شخص عارضی طور پر میرے گھر سے باہر ہے:  ہاں  نہیں کون: \_\_\_\_\_
6. میں نے یا جس کے لئے میں درخواست دے رہا ہوں اس نے فوج میں خدمت انجام دی ہے:  ہاں  نہیں کون: \_\_\_\_\_
7. کوئی شخص کسی ایسے شخص (باحیات یا متوفی) کے زیر کفالت یا شریک حیات ہے جس نے فوج میں خدمت انجام دی ہے:  ہاں  نہیں
8. میں یا جس کے لئے میں درخواست دے رہا ہوں وہ سنگین جرم کے باعث عدالت یا جیل جانے سے گریز کرنے کے لئے قانون سے روپوشی اختیار کر رہا ہے  ہاں  نہیں
9. میری رہائش ہے ذیل میں:  میرا ذاتی مکان یا اپارٹمنٹ  اجتماعی مکان  دیگر: \_\_\_\_\_
10. میں ہوں:  تنہا  شادی شدہ  مطلق  خلع یافتہ  بیوہ

### ii. طبی یا صحت کے بیمہ سے متعلق معلومات (بنیادی خوراک کے لئے درکار نہیں ہیں)

1. میرے شریک حیات، یا میرے گھرانے میں کوئی شخص (موزوں باکس پر نشان لگائیں):  
صحت کی دشواریوں کی وجہ سے کام نہیں کر سکتا ہے۔  ہاں  نہیں
2. صحت کا بیمہ کرایا ہوا ہے (جس کا بھی اطلاق ہو اس پر نشان لگائیں):  میڈی کیئر (نہ کہ DSHS میڈیکل)  ٹرائی کیئر  طویل مدتی نگہداشت کا بیمہ۔  انڈین ہیلتھ سروسز  صحت کا دیگر بیمہ: \_\_\_\_\_

### iii. وسائل (بچوں کے میڈیکل، استقرار حمل کے میڈیکل، HWD یا بنیادی غذا کے لئے درکار نہیں ہے)

وسیلہ آپ کی زیر ملکیت یا آپ کی خرید کردہ کوئی ایسی چیز ہے جو فروخت ہوسکے، جس کی تجارت ہوسکے، یا جو دوسروں کے پاس موجود نقدی یا رقم میں تبدیل کیا جاسکے۔ وسیلہ میں ذاتی سامان جیسے فرنیچر، یا ملبوسات شامل نہیں ہیں۔ وسائل کی مثالیں ہیں:

- نقدی
- میوچونل فنڈز
- چیکنگ اکاؤنٹس
- تمسکات
- آپ رہتے ہیں
- بچت کھاتے
- سالانہ مشاہرے
- مشترکہ ملکیت
- CDs
- ٹرسٹس
- اراضی
- رقم والے بازار کا کھاتہ
- IRA
- فروختگی کے ٹھیکے
- بچت والے بونڈز
- 401K
- عمارت
- بونڈز
- ریٹائرمنٹ فنڈ
- ریٹائرمنٹ فنڈ
- لائف اسٹیٹ
- لائف اسٹیٹ
- مال مویشی

براہ کرم ان وسائل کی فہرست درج کریں جو آپ، آپ کے شریک حیات، یا جس شخص کے لئے آپ درخواست دے رہے ہیں اس کی زیر ملکیت ہے یا خرید رہا ہے:

وسیلہ	کس کی ملکیت ہے	جائے وقوع	مالیت	کس کی ملکیت ہے	جائے وقوع	مالیت
			\$			\$
			\$			\$
			\$			\$
			\$			\$
			\$			\$
			\$			\$
			\$			\$
			\$			\$
			\$			\$
			\$			\$

2. میرے، میرے شریک حیات، یا جس شخص کے لئے میں درخواست دے رہا ہوں اس کے پاس کاریں، ٹرک، وین، کشتیاں، RVs، ٹرالیاں، یا دیگر موٹر گاڑیاں ہیں:

سال (جیسے، 1980)	ساخت (جیسے، فورڈ)	ماڈل (جیسے، اسکارٹ)	اگر پٹے پر ہے تو نشان لگائیں	اگر گاڑی طبی مقاصد کے لئے استعمال ہوتی ہے تو نشان لگائیں	واجب الادا رقم
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$

3. میں نے، میرے شریک حیات نے، یا میں جس شخص کے لئے درخواست دے رہا ہوں اس نے پچھلے پانچ سالوں میں وسیلہ (بشمول ٹرسٹس، گاڑیاں یا لائف اسٹیٹس) فروخت کر دیا ہے، اس کی تجارت کی ہے، چھوڑ دیا ہے، یا منتقل کر دیا ہے:  ہاں  نہیں اگر ہاں تو، کیا: \_\_\_\_\_



## VII. ماہانہ اخراجات

کرایہ \$	رین (مارگیج) \$	جگہ کا کرایہ \$	مشترکہ ملکیت کی فیس \$
مالک مکان کا بیمہ \$	جائیداد کے ٹیکس \$	جائیداد کی تشخیصات \$	دیگر فیس \$

کوئی اور شخص یا ایجنسی، جیسے رعایتی رہائش، سے مجھے یہ سارے اخراجات کلی یا جزوی طور پر ادا کرنے میں مدد ملتی ہے:  ہاں  نہیں  
اگر ہاں تو، کون: \_\_\_\_\_ کون سا خرچ: \_\_\_\_\_ ان کے ذریعہ ادا کی جانے والی رقم: \$ \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> بچے کی نگہداشت یا زیر کفالت فرد کی نگہداشت (بشمول نقل و حمل کے اخراجات)	ماہانہ رقم: \$	کون ادا کرتا ہے:
<input type="checkbox"/> معذوری والے افراد یا 60+ عمر والوں کیلئے طبی پل (بشمول نقل و حمل کے اخراجات اور صحت کے بیمہ کے پریمنیم)	ماہانہ رقم: \$	کون ادا کرتا ہے:
<input type="checkbox"/> چائلڈ سپورٹ	ماہانہ رقم: \$	کون ادا کرتا ہے:

اگر آپ درج بالا کسی بھی اخراجات کی اطلاع نہیں دیتے ہیں تو، ہم اسے آپ کے گھرانے کی جانب سے یہ بیان تصور کریں گے کہ آپ ان اخراجات کیلئے کوئی مراعات نہیں چاہتے ہیں۔

## VIII. مجاز نمائندہ

مجاز نمائندہ ایسا شخص ہوتا ہے جس کو آپ اپنے وظائف کے بارے میں DSHS سے بات چیت کرنے کی اجازت دیتے ہیں۔ آپ کسی شخص کو نامزد کرسکتے ہیں، لیکن آپ کے لئے ایسا کرنا ضروری نہیں ہے۔		
<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں	کیا آپ کا کوئی مجاز نمائندہ ہے؟	
<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں	کیا یہ شخص آپ کا قانونی سرپرست ہے؟	
<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں	کیا اس شخص کے پاس مختار نامہ ہے؟	
نام	رشتہ	ٹیلیفون نمبر
اسٹریٹ کا پتہ	شہر	ریاست
		زپ کورڈ

## اعلان دستبرداری اور دستخط

اگر بالغوں (یا مجاز نمائندوں) کے واسطے نقد یا طبی اعانت کے لئے درخواست دے رہے ہیں تو، گھرانے میں موجود تمام بالغ افراد دستخط کریں۔  
اگر بچوں کے واسطے غذائی تعاون یا میڈیکل کے لئے درخواست دے رہے ہیں تو، درخواست دہندہ (یا مجاز نمائندے) کو دستخط کرنا ضروری ہے۔  
مجھے معلوم ہے کہ مجھے لازمی طور سے:  
• صحیح معلومات دینی چاہئے اور اطلاع دہی کے تقاضوں کی تکمیل کرنی چاہئے۔  
• اس بات کا ثبوت دینا چاہئے کہ میں اہل ہوں۔  
• مجھے ضرورت مند کنبوں کے لئے عارضی تعاون [ٹیمپریری اسسٹنس ٹو نیڈی فیملیز (TANF)] موصول ہونے کے وقت چائلڈ سپورٹ اور طبی امداد کو، ریاست واشنگٹن کو مخصوص حقوق تفویض کریں۔ مجھے طبی نگہداشت کے وظائف موصول ہونے پر ریاست واشنگٹن کو طبی نگہداشت کے لئے فریق ثالث والی ادائیگیوں تفویض کریں۔ تاہم، اگر اس سے مجھے یا میرے بچوں کو خطرہ لاحق ہو، تو میں ایسی صورت میں طبی نگہداشت کے لئے DSHS کو چائلڈ سپورٹ، طبی امداد، یا فریق ثالث والی ادائیگیوں، جاری نہ رکھنے کو کہہ سکتا ہوں۔  
• غذائی تعاون کے کام کے تقاضوں میں باہمی تعاون کرنا چاہئے۔  
اگر میں یہ سارے کام نہیں کرتا ہوں تو، مجھے وظائف سے انکار کیا جاسکتا ہے یا مجھے ان کی واپس ادائیگی کرنی پڑے گی۔  
مجھے معلوم ہے کہ میرے خلاف تعزیری کارروائی ہوسکتی ہے، اگر میں جان بوجھ کر غلط بیان دیتا ہوں، یا کسی ایسی چیز کی اطلاع نہیں دیتا ہوں جس کی اطلاع دینی چاہئے۔  
میں DSHS کو ضرورت ہونے پر ایسے دیگر افراد یا ایجنسیوں سے رابطہ کرنے کی اجازت دیتا ہوں جو اس بات کے ثبوت حاصل کرنے میں معاون ہوں کہ میں اس کا مستحق ہوں۔  
میں نے اپنے حقوق اور ذمہ داریاں پڑھ لی ہیں یا مجھے بتا دی گئی ہیں اور مجھے مؤکل کے حقوق اور ذمہ داریاں، 14-113 DSHS کی ایک کاپی موصول ہوگئی ہے۔ میں ریاست واشنگٹن کے قوانین کے تحت جرمانہ دروغ حلفی کے تحت تصدیق یا اعلان کرتا ہوں کہ میں نے اس درخواست میں جو معلومات بشمول وظائف کی درخواست دینے والوں کی شہریت اور غیر ملکی حیثیت سے متعلق معلومات دی ہیں، وہ صحیح اور درست ہیں۔

درخواست دہندہ کا دستخط	تاریخ	درخواست دہندہ کا نام جلی حروف میں	شہر اور ریاست جہاں دستخط کیا گیا
دیگر بالغ درخواست دہندہ کا دستخط	تاریخ	دیگر بالغ کا نام جلی حروف میں	شہر اور ریاست جہاں دستخط کیا گیا
معاون یا نمائندہ کا دستخط	تاریخ	نمائندہ کا نام جلی حروف میں	شہر اور ریاست جہاں دستخط کیا گیا
گواہ کا دستخط اگر "X" کے ساتھ دستخط کیا	تاریخ	گواہ کا نام جلی حروف میں	